№ 5. WARSZAWA, MAJ 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**


urofan
ROZPUSZCZA ZŁOGI MOCZANOWE
USUWA STANY ZAPALNE
ŁAGODZI BÓLE
PIPERAZINUM
LITHIUM CITRIC.
PYROCHINOLUM
HEXAMONUM
WSKAZANIA:
DNA OSTRA i PRZEWLEKŁA
GOŚCIEC STAWOWY
PODAGRA
RWA KULSZOWA
KAMICA NERKOWA i PĘCHERZOWA
PRZEMYSŁ CHEMICZNY
SYNERGA SP. z O.O.
WARSZAWA · AL. GRÓJECKA 75-77
SYNERGA
J. ZOLLER

№ 5. WARSZAWA, MAJ 1939 ROK XI

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. A. FELDMAN.

LECZENIE ROPNI PŁUC.

Leczenie ropni płuc jest bardzo trudnym zadaniem, a sposób działania leków, stosowanych w tym schorzeniu, nie jest dotąd wyjaśniony.

Na wstępie należy zaznaczyć, że liczne *świeże ropnie,* takie które trwają nie więcej jak 4, 6, 8 tygodni mogą ustępować samoistnie bez leczenia. Odsetek samoistnych wyzdrowień wynosi od 20% *(Leon Kindberg)* do 50% *(Sergent).*

Ropień płuc może przerwać się do oskrzeli i w ten sposób opróżnia się zawartość jamy, co często prowadzi do wyleczenia. W innych przypadkach może nastąpić samowyleczenie ropnia zamkniętego bez wykasływania plwociny ropnej, co dowodzi możliwości całkowitego wessania produktów zapalno-ropnych. Częściej jednak nie czekamy na samowyleczenie ropni płuc i uciekamy się do bogatego acz często nieskutecznego arsenału środków leczniczych, które mamy do dyspozycji. Praktyka wykazuje, że ocena skuteczności poszczególnych środków, stosowanych w ropniach płuc, jest wielce utrudniona z powodu często wyraźnej tendencji do samowyleczenia, szczególnie w ropniach nie zadawnionych, wywołanych przez tlenowce. To też niektórzy autorzy *(Diaz* i inni) uważają, że należy uznać za rzeczywiście skuteczne jedynie te metody lecznicze, które dają wyniki dodatnie również w przypadkach przewlekłych, trwających więcej niż 6 — 8 tygodni i nie wykazujących z reguły tendencji do samowyleczenia. Metoda lecznicza, która doprowadzi do jaknajprędszego wyleczenia będzie uważana za najlepszą. Większość jednak autorów uważa w chwili obecnej, że leczenie wewnętrzne ma znaczenie tylko w przypadkach *świeżych* i ma największe widoki powodzenia w przypadkach ropni płuc niewielkich, położonych centralnie lub przywnękowo. W przypadkach zaś *starszych,* mimo dobrych

czasami wyników, otrzymanych naprzykład przy podaniu bedźwinianu sodu lub alkoholu — leczenie wewnętrzne często zawodzi.

W rzeczywistości nawet w odniesieniu do przypadków świeżych nie ma jeszcze dotychczas metody doskonałej w leczeniu ropni płuc. Trudno jest orzec, która z metod leczniczych daje w tych wypadkach najlepsze wyniki, gdyż te ostatnie zależą od licznych przyczyn powstawania ropni płuc, od indywidualności chorego i jego zdolności reakcyjnych, od czasu zastosowania leczenia i od całego szeregu czynników jeszcze klinicznie nieuchwytnych. W praktyce więc z chwilą stwierdzenia ropni płuc, lub jeszcze częściej z chwilą podejrzewania tworzącego się ropnia płuc, zaczynamy odrazu stosowanie jednej z licznych zachowawczych metod leczenia niżej opisanych.

Metody farmakologiczne wykazują odsetek wyleczeń od 30% do 60%. Statystyki te nie są jednak miarodajne, gdyż zależą one od indywidualnych zapatrywań autorów, chwalących swoją metodę leczenia.

Ponieważ w ropniu płuc chodzi o zakażenie z tworzeniem się ropy, przeto leczenie tego schorzenia polega na 1-o: usuwaniu wydzieliny, 2-o: odkażaniu ognisk, 3-o: wzmaganiu odporności tkanek i całego ustroju.

Usuwanie wydzieliny ropnej.

Mechaniczne zwalczanie zastoju wydzieliny należy do bardzo *ważnych* wskazań. Bardzo *niskie* ułożenie głowy i klatki piersiowej z uniesieniem nóg — pozycja Quinckego — sprzyja wybitnie lepszemu opróżnieniu ropni otwartych zwłaszcza ropni *centralnych.* W ropniach obwodowych ułożenie niskie ma mniejsze znaczenie. Ten drenaż jest uważany przez autorów za wysokowartościowy środek pomocniczy przy leczeniu ropni płuc. Choremu zaleca się przyjmowanie optymalnego ułożenia na przeciąg 1 — 2 godzin kilka razy dziennie, zwłaszcza natychmiast po obudzeniu się.

Uzupełnieniem tego drenażu przez odpowiednie ułożenie chorego będzie jednak często stosowanie środków zmniejszających sekrecję (rozczyny hypertoniczne, będźwinian sodu, alkohol i t. p.). W celu zmniejszenia wydzieliny liczni autorzy zalecają też ograniczenie soli w pokarmach do 2 — 3 gramów, co zmniejsza stan zapalny płuca, dotkniętego ropniem. Z ograniczeniem soli należy łączyć ograniczenie płynów do 400 — 500 cm^3 dziennie. Do usuwania ropni stosuje się też bronchoskopię z aspiracją wydzieliny, o czym mówimy niżej.

Odkażanie ognisk jest prawdziwym leczeniem przyczynowym. Z licznych środków, stosowanych w tym celu wyliczymy:

Neosalvarsan. W ropniach płuc stwierdza się obfitą i różnorodną florę bakteryjną — pneumokoki, streptokoki, stafilokoki, zarazek Pfeiffera, pełzaki, śrubowce i krętki. Otóż ze względu na częstą obecność w plwocinie krętków, stosuje się Neosalvarsan dożylnie w ilości 0,15 — 0,30 — 0,45 dziennie, miejscowo do tkanki płucnej lub przy pomocy broncho-

skopii. Niektórzy podają też arsen domięśniowo pod postacią acetylarsanu, doustnie pod postacią stowarsolu w ilości 0,25 2 razy dziennie przez 4 dni w tygodniu .Stosowanie arsenobenzolu wprost do tkanki chorej zostało zapoczątkowane przez Edela w roku 1929, zabieg ten jest jednak dość niebezpieczny.

Jose Pedro, Uriosto i Tosano leczą ropnie płuc przez wprowadzenie do oskrzeli, po uprzednim znieczuleniu miejscowym. 0,15 Salvarsanu co 4 — 5 dni, podnosząc stopniowo dawkę do 0,60.

Emetyna. Według jednych iniekcje emetyny działają tylko w rzadkich wypadkach ropni pochodzenia amebowego. Poza tym mają one z reguły zawodzić. Według innych autorów *(Lederich, Poumeau-Dellille, Rathery, Brulé, Laporte)* emetynę należy wypróbować zawsze w każdym przypadku ropnia płuc, nawet bez badania laboratoryjnego i bez stwierdzenia pełzaków. Niektórzy bowiem przypuszczają, że emetyna działa na zarazek jeszcze nam nieznany, a występujący w ropniach płuc. Emetyna zwęża naczynia i zmniejsza wydzielanie ropne plwociny. Podaje się podskórnie po 0,04 codziennie przez 6 — 8 dni. (Kourilsky).

Jod. Jod podaje się w postaci jodyny w kroplach na mleku, rozpoczynając od 2 — 5 kropel na dawkę 2 razy dziennie po jedzeniu. Podnosi się codziennie dawkę o 1 kroplę i dochodzi się do 15 — 20 kropel. Wyniki przy stosowaniu jodu mają być bardzo dobre.

Sole złota. Szereg autorów wypróbował sole złota, stosując domięśniowo wstrzykiwania Solganalu-B-Oleosum w ilości 0,002 — 0,05 co 3 dni. Ogółem 4 — 5 wstrzykiwań. Pomimo dobrych wyników, podanych przez niektórych autorów, metoda ta nie przyjęła się.

Węgiel aktywowany. St. Jacques z Montrealu pierwszy zastosował dożylne wlewanie zawiesiny węgla aktywowanego roślinnego w ostrych chorobach zapalnych. Węgiel ten nie wykazuje żadnego szkodliwego działania, odznacza się wybitnymi zdolnościami absorpcyjnymi, cząsteczki jego posiadają ładunek elektryczny i są źródłem promieniowania gamma Do wlewań dożylnych stosuje się 2% zawiesinę węgla aktywowanego w rozczynie fizjologicznym w ilości 3 — 5 cm codziennie. Działanie węgla jest nieznane, pobudza zapewne fagocytozę.

Gwajakol. Od dawna spostrzeżono, że kreozot, gwajakol i ich pochodne, wykazują niemal swoiste działanie na wtórne zakażenia, zachodzące w przebiegu otwartej gruźlicy płuc. W roku 1922 zaczęto stosować *dożylne* wstrzykiwania gwajakolu w ropniach płuc, uzyskując w przypadkach świeżych zachęcające wyniki.

Tiber i Namnack stosują następujący płyn: 0,32 — 0,64 gwajakolu, 2 cm alkoholu etylowego, 18 cm^3 wody destylowanej, O,15 Natrium jodatum, należy go wstrzykiwać wyłącznie dożylnie co 3 — 4 dni 20 cm^3. Wstrzykiwania powtarza się aż do znaczniejszego zmniejszenia ilości plwociny i poprawy stanu ogólnego. Seryjne zdjęcia rentgenologiczne wykazały najpierw ustępowanie ropnia, potem całkowite wyleczenie.

Oliwa gomenolowa. Courtois i Bonamis wywołują sztucznie odczyn wysiękowy w opłucnej przy pomocy wlewów *doopłucnych* oliwy gomenolowej. Odczyn ten wpływa dodatnio na gojenie się zmian w płucach. Do działania miejscowego dołącza się wzmożenie sił obronnych ustroju, oraz działanie bakteriobójcze i antyseptyczne gomenolu. Po pierwszym zastrzyku 200 cm 5 — 10% ciepłej oliwy gomenolowej wpuszcza się powietrze w celu przeciwdziałania zrostom i wywołania odczynu opłucnego. Następny zabieg powtarza się w odstępach 15-dniowych, nie przekraczając 3 — 4 zastrzyków.

Chinina. Chinina i jej pochodne wywierają swoiste działanie przeciwpneumokokowe. Flora bakteryjna, wywołująca ropnie płuc, zawiera prawie zawsze pneumokoki, dlatego w każdym przypadku ropnia płuc podaje się chininę doustnie w ilości 0,2 — 0,3. Obecnie stosuje się wstrzykiwania pochodnych chininy (Pneumoninę), które zawierają również kamforę. Preparaty te należy podawać domięśniowo w pierwszych dniach leczenia.

Związki sulfamidowe. Związki te o wybitnym działaniu bakteriobójczym wieloważnym są obecnie ogólnie stosowane we wszystkich ostrych i przewlekłych ropniach płuc. Związki te dają często bardzo zadawalające wyniki.

Wapń. Wapniowi przypisuje się szereg własności fizjologicznych, z których najważniejsze są właściwości przeciwzapalne, przeciwwysiękowe, przeciwwstrząsowe, przeciwkrwotoczne, regulujące napięcie nerwowe, wzmagające siły obronne ustroju, bodźcowe i t. d. Stosuje się w każdym przypadku ropnia płuc pod postacią Calcium glukonatum 10%, 10 cm^3 domięśniowo, lub pod postacią calcium-chinin (dożylnie, domięśniowo).

Witamina C. Jest to lek tylko uzupełniający. Witaminę C podaje się doustnie lub w zastrzykach, w ilości od 250 do 2000 mg dziennie, stosownie do przypadku.

Sól kuchenna. W celu zmniejszenia wydzieliny *Bahr* stosuje wlewanie dożylne hypertonicznych roztworów soli 10 — 20% w ilości 10 — 30 cm^3 dziennie. W tym samym celu *Aurel* wstrzykuje codziennie ½ mg *atropiny* podskórnie.

Leczenie bodźcowe nieswoiste. Leczenie to ma na celu pobudzenie do wzmożonego działania sił obronnych organizmu oraz wytwarzanie nowych nieswoistych przeciwciał. Leczenie bodźcowe jest stosowane bezwzględnie w każdym przypadku ropnia płuc, często z dobrym wynikiem, polega ono na stosowaniu następujących środków: a) Panodina, Fortadina, Sistofebrina — 1, 2, 3, 4 cm^3 dziennie. b) *mleko* — domięśniowo co drugi dzień, rozpoczynając od ½ cm^3 do 5 cm^3. c) *Yochinol-casein* — domięśniowo co drugi dzień. d) *autohemoterapia* — heterohemoterapia w ilości 10 — 20 cm^3 dziennie. e) *szczepionki (wieloważne),* autoszczepionki (z plwociny). Szczepionki obniżają temperaturę, poprawia-

ją stan ogólny, zmniejszają duszność, wpływają na ognisko. Stosuje się co drugi dzień, rozpoczynając od 0,1 powiększając codziennie o 0,1 do 1 cm^3.

Przetaczanie krwi. Mechanizm działania tej metody jest różnie tłumaczony. Przypuszcza się, że posiada własności bodźcowe. Pomimo nierównych wyników, w ciężkich przypadkach ropni płuc, przetacza się od 250 do 500 cm^3 krwi.

Surowice. a) surowica pneumokokowa — bez znaczenia. b) surowica *przeciwzgorzelinowa wieloważna:* gdy w obrębie ropienia ma miejsce zakażenie zarazkami gnilnymi przez wzmożenie zjadliwości beztlenowców, mówimy o ropniu zgorzelinowym płuc (odrażająca woń plwociny, strzępki tkanek w plwocinie), wtedy obok leczenia stosowanego w ropniach płuc, podaje się jeszcze surowicę przeciwzgorzelinową wieloważną w ilości 40 — 60 cm^3.

Do metod najczęściej zalecanych i stosowanych z dobrym wynikiem zaliczamy podawanie będźwinianu sodu i alkoholu.

Będźwinian sodu. W r. 1933 *Goldkorn* wskazał, że będźwinian sodu wstrzykiwany dożylnie wykazuje wybitne działanie wysuszające i przeciwwysiękowe na tkankę płucną, co się przejawia klinicznie stałym i postępującym spadkiem ilości plwociny dobowej. Bezpośrednio po wstrzyknięciu dostatecznej dawki, chory odczuwa w gardzieli i nosie ostry i przyjemny smak i zapach. Jest to dowód, że będźwinian sodu, wstrzykiwany dożylnie wydziela się przez płuca. To wydalanie będźwinianu przez drogi oddechowe w parę minut po iniekcji jest objawem pewnego nasycenia tkanki płucnej tym lekiem. Otóż optymalną dawką wysuszającą jest właśnie ta ilość preparatu, która wywołuje u chorego wydatny swoisty smak i zapach w nosogardzieli, oraz uczucie ciepła w głowie i klatce piersiowej. Według Goldkorna przeciętnie wystarcza wstrzyknąć 2 razy dziennie będźwinianu sodu 10 cm—20%. Dla wywołania jednak objawów nasycenia należy zastrzyknąć więcj, t.j. 4 gramy i więcej preparatu. Kurację należy z reguły kontynuować aż do zupełnego ustąpienia objawów klinicznych i radiologicznych. Ilość injekcji jest ściśle indywidualna od 15 — 40. Metoda Goldkorna dała szeregowi autorów, w przypadkach leczonych uprzednio bezskutecznie wszystkimi wyżej wymienionymi środkami, bardzo dobre wyniki. Ostatnie doniesienia wykazują, że lepiej jest stosować 10% roztwór w ilości 40 — 80 — 100 cm dziennie, aby zapobiec stwardnieniu żył. Podczas wstrzykiwania, należy parokrotnie wciągnąć krew do strzykawki, aby rozcieńczyć lek i osłabić w ten sposób jego działanie na ściany naczynia. Górecki, zalecając tę metodę *wybitnie osuszającą,* stosuje również będźwinian sodu *doustnie* w dużych dawkach. Będźwinian sodu bierze się *po jedzeniu,* łyżkami w ciągu dnia. Ten sposób podawania ma być doskonale znoszony.

Alkohol. W roku 1931 ukazało się doniesienie *Landaua, Fejgina i Bauera* o wyleczeniu przez nich po raz pierwszy chorych z ostrymi rop-

niami płuc przy pomocy wstrzykiwań dożylnych 33% alkoholu w 95% rozczynie fizjologicznym soli kuchennej w ilości 25 cm dziennie. Autorzy ci wysuwali hipotezę, według której alkohol stosowany dożylnie dostaje się przez prawe serce wprost do płuc, gdzie powoduje wytwarzanie się przeciwciał, a rozkładając się w płucach, wykazuje szczególną bakteriobójczość, działając w ten sposób bezpośrednio odkażająco na ogniska zapalne i bakteryjne w płucach. Z tą hipotezą nie wszyscy się zgodzili.

W rzeczywistości mechanizm działania alkoholu w ropniach płuc jest nieznany. Od chwili ogłoszenia swoich prac przez Laudaua metoda wstrzykiwań alkoholu została szeroko zastosowana w ropniach płuc i opłucnej. Doniesienia licznych autorów były bardzo przychylne dla tej metody.

Ujemną stroną tej metody jest uszkodzenie żył przez 33% alkohol i następowe ich zarastanie. Dlatego starano się od początku zmniejszyć stężenie roztworu alkoholowego do 25, 20, 15% *(Bruelle, Jambron, Richter, Betouillou i Merle). Soliszczew* stosował 20% roztwór alkoholu w ilości 15 cm^3 dziennie. Według tego autora alkohol ma już działanie w tej ilości i przy tym stężeniu. *Derot i Hinkowa* stosują 33% i 20% roztwór alkoholu w dekstrozie. Gurfinkiel stosuje do 60 cm^3 dziennie roztworu 33% w 5 — 10% roztworze glukozy. Rozpoczyna on od 20 — 25 cm^3, poczym zwiększa dawki i odstępy między wstrzykiwaniami. Na ogół robi on 12 — 15 wstrzykiwań. Jeżeli po tej serii nie ma poprawy, autor zarzuca tę metodę. Reasumując doniesienia o stosowaniu alkoholu w ropniach płuc, należy zanaczyć, że metoda ta uniwersalnie obecnie stosowana nie dała, mimo wielkiej swojej wartości i licznego odsetku wyleczeń, oczekiwanych wyników. Są bowiem przypadki odporne na alkohol.

Tlen. Tlen stosuje się na ogół w przypadkach anoksemii z dusznością i sinicą. W ropniach płuc a szczególnie w ropniach zgorzelinowych *Górecki* stosuje wdychanie tlenu, opierając się na następujących stwierdzeniach. 1-o w ropniach tych stwierdza się obecność krętków i innych bakterii beztlenowych, 2-o *Erbrich* stwierdził, że ropnie płuc zgorzelinowe powstają wskutek zatkania oskrzeli i braku dostępu powietrza do ogniska zakaźnego *(Szreder).* Górecki zaleca wdychanie tlenu w odpowiedni sposób w ciągu 10 — 15 minut kilka razy dziennie. Autor ten miał przy stosowaniu tej metody dobre wyniki.

Wszystkie te metody leczenia wewnętrznego mogą być stosowane kolejno a raczej powinny być kombinowane po kilka jednocześnie. Najbardziej przyjęty plan postępowania jest następujący. Należyte opróżnienie wydzieliny przez odpowiednie ułożenie, oraz zwalczanie zakażenia i wstrzymywanie wzmożonego wydzielania przy pomocy leczenia bodźcowego, Neosalvarsanu, alkoholu lub będźwinianu sodu. Nie mamy miejsca na szczegółowe omówienie tutaj najprostszych ogólnie przyjętych a jednak bardzo ważnych zasad leczenia każdego chorego, dotkniętego ostrą sprawą zapalną. Do tych elementarnych wskazań należą: leżenie

w łóżku, odpowiednie odżywianie (dieta małosolna i małopłynna) ogólna higiena (utrzymanie czystości ciała, wkraplanie 10% gomenolu w oliwie do nosa, płukanie ust, kilkakrotne mycie zębów, przewietrzanie pokoju, dezynfekcja przedmiotów, inhalacje. Leczenie objawowe (bańki, kataplazmy gorczyczne, leki wykrztuśne i łagodzące kaszel — thiocol, ipecac. senega i t. d.; leki przeciwgorączkowe — pyramidon, chinina; leki uspokajające — brom, gardenal; leki objawowe krążeniowe, obwodowe — kofeina, kardiazol, koramina, kamfora, strychnina; leki nasercowe — naparstnica, strofantyna i leki odkażające. W przypadkach, kiedy leczenie zachowawcze zawodzi, próbujemy innych metod leczenia.

Leczenie fizykalne.

Roentgen. Dobroczynne działanie promieni Roentgena na rozmaite sprawy zapalne skłoniło szereg autorów do wypróbowania naświetlania w ropniach płuc. Działanie biologiczne miejscowe i ogólne tych promieni przyczynia się do otrzymania dobrych wyników w tym schorzeniu. *Bril* stosuje małe dawki promieni Roentgena od 10 do 30% HED. na skórę przy użyciu zasłony z 0,5 mm Cu i 1 mm Al. Leczenie to zastosował autor po wypróbowaniu wszystkich innych środków zachowawczych. Ilość posiedzeń wynosi od 4 — 7 w ciągu 4 — 6 tygodni.

W czasie leczenia ciepłota spada do normy a gnilny zapach plwociny znika na 4 — 6 dzień po pierwszym naświetlaniu. Ilość plwociny zmniejsza się już w pierwszych dziesięciu dniach. Obraz krwi wraca do normy, chory przybiera na wadze. Najpóźniej występuje wyleczenie radiologiczne. Promienie Roentgena dają najlepsze wyniki we wczesnym okresie choroby. Podczas naświetlania sprawa może się zaostrzyć. Stwierdza się wtedy wzrost ciepłoty i zwiększenie ilości plwociny. Stan ten jest jednak przejściowy. W ropniach przewlekłych promienie Roentgena nie dają dobrego wyniku, również nie działają w ropniach powikłanych zgorzelą i w ropniach opłucnej.

Krótkie fale. Wychodząc z założenia, że ropnie płuc leczone zachowawczo i chirurgicznie wykazują duży odsetek śmiertelności, szereg autorów wypróbował leczenie ropni płuc, nie nadających się nawet już do zabiegu operacyjnego — krótkimi falami.

Jednym z pierwszych, którzy zastosowali tę metodę był *Schliephake,* który śledził przebieg choroby i skuteczność terapii krótkofalowej radiograficznie. Schliephake podkreśla, że terapia krótkofalowa nie jest uciążliwa dla chorego, nie daje żadnych objawów ubocznych i nie wymaga długotrwałego leczenia następczego. Decydującą rolę, odnośnie wyników, odgrywa narazie osobiste doświadczenie lekarza, przeprowadzającego terapię krótkofalową.

Rozpoczyna się naogół od dawek małych, a kończy się na dawkach stanowiących granicę tolerancji. Leczenie krótkimi falami trwa na ogół kilka tygodni. W większości przypadków uzyskuje się całkowite wylecze-

nie nie pozostawiające po sobie żadnych śladów upośledzających czynność krążenia i oddychania. Dotychczasowe doświadczenia kliniczne wykazały, że najlepsze wyniki otrzymuje się przy ropniach umiejscowionych i nie powikłanych. Lecząc takie ropnie wyłącznie krótkimi falami, *Diecker* otrzymywał wspaniałe wyniki.

W przypadkach beznadziejnych *Portret i Boudagnan,* stosując fale krótkie, otrzymywali wyleczenie i uważają, że krótkie fale są bezsprzecznie jedną z najlepszych metod leczenia ropni płuc. Według tych autorów w okresie ostrym przed 10-ym tygodniem krótkie fale zastosowane bardzo wcześnie przewyższają wszystkie wyżej wymienione metody leczenia. W wypadkach zadawnionych zaś, wyniki są mniej dobre.

Jak działają fale krótkie? Schliephake wykazał, że fale te przenikają do głębi ciała do ogniska chorobowego i tam działają na dużą molekułę koloidową. Poza tym wywierają działanie bakteriobójcze, pobudzają fagocytozę i inne procesy odpornościowe ustroju, pobudzają też utlenienie i rozkład, wywołują wzrost ciepłoty ciała. Przeciwwskazaniem do stosowania fal krótkich są daleko posunięte choroby płuc i serca, znaczne wyniszczenie organizmu.

Zabiegi nawpół chirurgiczne.

Bronchoskopia. Bronchoskopia połączona z aspiracją ropy i dotchawiczym wlewaniem roztworu tiokolu, środków balsamicznych, olejku gomenolowego, salwarsanu i t. d., pozwala na usunięcie dużej ilości wydzieliny i odkażanie jamy. *Rist i Soulas* przytaczają szereg przypadków ropni płuc wyleczonych za pomocą terapii bronchoskopowej. Według *Kindberga* jest to metoda z wyboru w ropniach *przywnękowych.* Terapię tę należy zastosować *wcześnie,* w okresie *ostrym,* bez względu na to jaki jest stan pacjenta. W przypadkach świeżych można tą drogą uzyskać 75% wyleczeń, w przypadkach zadawnionych odsetek pomyślnych wyników leczniczych jest o wiele niższy.

Schwarzkopf podaje, że chociaż bronchoskopia jest czasami dobrym zabiegiem, to często daje ona groźne krwotoki Przeciwwskazaniem do stosowania bronchoskopii są krwotoki, choroby układu krążenia, jak nadciśnienie, tętniak aorty oraz choroby nerek.

Płukanie płuc metodą Garcia Vincente.

Garcia Vincente podał metodę zwaną „przemywaniem płuca". Choremu w pozycji siedzącej i przez kilka dni przed zabiegiem wlewa się do tchawicy strzykawką olejek gomenolowy. W dniu operacji chory jest naczczo. Znieczula się miejscowo krtań 5% stowainą. Następnie wprowadza się sondę ureteralną Nr. 15, która nie powinna przekraczać bifurkacji tchawicy. Chory jest ułożony na boku chorym, głowa niżej od nóg na 20 cm. Następnie wlewa się płyn, którego odpływ rozpoczyna się przy 60 — 100 cm. W ten sposób płucze się płuco 2 litrami roztworu soli fizjologicz-

WEWNĘTRZNY OPATRUNEK ŻOŁĄDKA

GELOGASTRYNA



Powleka śluzówkę i chroni ją przed działaniem kwaśnej treści żołądka

Wszelkie objawy nadkwaśności. Zgaga, palenie, odbijania. Wrzód żołądka

Granulki o przyjemnym smaku

FARM. ZAKŁADY PRZEM. A. WIENIEWICZ, WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88



Leciferrina

Nr. rej. 1520.

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy i wzmacniający

stosowany:

w osłabieniach, blednicy, anemii, neurastenii i w rekonwalescencji

Flakon 1/1 ca 500,0 **zł. 4.70**
„ 1/2 „ 250,0 „ **2.70**

SCOTT & BOWNE Sp. Akc. Warszawa, Okopowa 21/23

nej, ogrzanej do 38 stopni. Metoda ta dobrze zastosowana dała autorowi wyleczenie w ropniach i zgorzelach płuc.

Blokada nowokainowa. Szereg autorów rosyjskich wypróbował metodę nowokainową w ropniach płuc. Stosowali oni ¼% nowokainę z 5 kroplami adrenaliny w ilości od 60 do 250 cm. Blokadę wykonywali oni od 1 do 4 razy w obrębie pnia układu współczulnego w okolicy lędźwiowej.

Leczenie chirurgiczne.

Sergent, opierając się na długoletnich obserwacjach, dochodzi do następujących wniosków odnośnie leczenia ropni płuc. W 25% przypadków ropień płuc daje całkowite samoistne wyleczenie, ale obok tego wyleczenia prawdziwego, częste są wyleczenia pozorne, które zasługują na baczną uwagę, gdyż częstokroć wprowadzają w błąd lekarza, co w skutkach staje się fatalne. Lekarz bowiem, piszą współpracownicy Sergenta, zwiedziony pozornie pomyślnym obrotem sprawy, nie wykorzystuje okresu wczesnego, najodpowiedniejszego do leczenia operacyjnego i często w chwili ponownego wybuchu sprawy chorobowej, leczenie chirurgiczne jest już spóźnione. Do uznania ropnej sprawy za wyleczoną konieczne jest: 1-o ustąpienie objawów klinicznych i zmian radiologicznych, 2-o dłuższe trwanie stanu bezobjawowego. Obecnie więc autorzy francuscy przeciwstawiają się zwlekaniu podjęcia leczenia chirurgicznego w przypadkach ropni płuc.

Leczenie chirurgiczne można podzielić na 2 kategorie. I. Leczenie *pośrednie* uciskowe: odma sztuczna, wyrwanie nerwu przeponowego, odklejanie opłucnej, torakoplastyka. II. Metody *bezpośrednie,* mające na celu otwarcie, zniszczenie i unieczynnienie ogniska ropnego: pneumotomia, pneumektomia, lobektomia. Na wstępie opisu tych metod należy zaznaczyć, że żadna z nich nie okazała się nadzwyczajną. Skuteczność zabiegu zależy bowiem od rozległości i umiejscowienia ropnia, od jego czasu powstania, od jadowitości zarazków, od stanu ogólnego chorego i od jego wieku, od czasu interwencji i od operatora. Wszystkie zabiegi *muszą* być poprzedzone kontrolą radiologiczną w celu dokładnego umiejscowienia ropnia.

Leczenie miejscowe pośrednie.

Odma sztuczna. Jeszcze w roku 1907 *Forlanini* powiedział, że jego metoda powinna być stosowana we wszystkich schorzeniach płucnych, prowadzących do zniszczenia samej tkanki płucnej a więc i w ropniach płuc. Pierwszy *Da Gradi* wypróbował odmę sztuczną w 6 przypadkach ropni płuc. Wyniki były na ogół dobre. Należy zaznaczyć jednak, że wyniki są tym lepsze, im wcześniej jest odma założona *(Dalla, Torre).* W ten sposób unikamy silnego zatrucia ustroju oraz wytwarzania się zrostów, które przeszkadzają w założeniu odmy, następnie kompletnemu wypróżnianiu, oraz zbliznowaceniu jamy ropnej. W sprzyjających przypadkach,

po założeniu odmy, następuje rychło całkowite wydzielanie ropnej plwociny, poczym ustępuje kaszel i gorączka, zwiększa się apetyt i stan ogólny chorego polepsza się. Przy założeniu odmy nie należy jednak zapominać o równoczesnym leczeniu wewnętrznym, klimatycznym i tonizującym. Odmę należy powtarzać aż do ustąpienia objawów klinicznych i radiologicznych. Thirby podaje, że odma sztuczna jest stanowczo *przeciwwskazana* w ropniach obwodowych, ułożonych blisko jamy opłucnej, gdyż tą drogą można łatwo wywołać perforację z następczym śmiertelnym zakażeniem opłucnej.

Sauerbruch, Sergent, Bauer i ich współpracownicy odrzucają odmę za wyjątkiem tych przypadków, w których uciekamy się do odmy, aby usunąć niebezpieczeństwo związane z krwotokiem.

Wyrwanie nerwu przeponowego.

Ten zabieg, stosowany w celu uniesienia i unieruchomienia przepony często chybia celu, i dlatego jest rzadko zalecany.

Torakoplastyka.

Operacja ta pozwala na skurczenie się zmienionej części płuca. Zaleca się ją w przypadkach procesów ropnych płucno-opłucnowych. Zabieg ten wymaga, aby ropień był jednostronny, druga strona płuc powinna być zupełnie zdrowa. Poza tym stan narządu krążenia i stan ogólny dobry a wiek chorego — młody. Operacja ta jest ciężką i zniekształcającą, często niebezpieczna z powodu nagłego uciśnięcia ogniska.

Operacje bezpośrednie.

Pneumotomia. Zabieg ten polega na nacięciu płuca aż do ropnia z następczym przemywaniem i sączkowaniem jamy. Należy bezwzględnie przed zabiegiem dokładnie określić miejsce ogniska ropnego, a leczenie zachowawcze przedoperacyjne jak i pooperacyjne ma tutaj znaczenie często decydujące. Zabieg ten winien być zawsze wykonany *dwuczasowo,* — ścienny i płucny. *I. okres:* wycięcie ściany klatki piersiowej. Chory siedzi na krześle okrakiem. Przestrzeń operacji znieczula się nowokainą 1 : 2000. Nacina się skórę według linii o wypukłości dolnej, nieco niżej od położenia ropnia. Przecina się 2 — 3 żebra o długości 10 cm. Oczyszcza się opłucną, następnie jodynuje ją, aby obie blaszki się zrosły. W głębi rany, w miejscu ropnia umieszcza się koło metaliczne. Tamponuje się gazą jodoformową i zamyka się ranę przez zeszycie. Po tym pierwszym zabiegu chory czuje się źle. Występuje duszność, ciepłota się podnosi i t. d. W tym czasie należy chorego intensywnie leczyć środkami wewnętrznymi. Mimo umieszczenia kółka w celu oznaczenia miejsca ropnia, należy przed drugą częścią zabiegu zawsze zrobić radiografię. Koło 5-ego dnia przystępujemy do *drugiego* okresu zabiegu. Po znieczuleniu nacina się termokauterem albo nożem elektrycznym zrośnięte blaszki opłucnej i tkan-

kę płucną aż do ropnia. Teraz technika operacyjna zależy od stanu anatomicznego ropnia. W ropniach świeżych, obwodowych i centralnych bez reakcji włóknistej dookoła, robi się pneumotomię. Drenuje się gazą. Następnie codziennie robi się opartunki z wodą utlenioną i płynem Dakina. Nazajutrz po zabiegu chory zaczyna wykonywać ćwiczenia oddechowe. Zabieg ten jest na ogół lekki a chorzy zdrowieją. Czasami jednak wytwarzają się przetoki, często długotrwałe.

Lobektomia.

Polega na usunięciu całego płata płuca. Operację tę wykonywuje się w wypadkach ropni mnogich rozsianych po całym płucu i w ropniach zgorzelinowych.

Pneumektomia.

Jest to usunięcie chorego odcinka płuca *(Sauerbruch i Wardgraham).* Wykonuje się w ropniach przewlekłych ze zmianami włóknistymi wokoło ogniska i w ropniach wielojamistych. Zabiegi te są niebezpieczne i prawie zawsze śmiertelne.

Olbrzymia śmiertelność pooperacyjna powinna być w przeważającej liczbie przypadków położona na karb zbyt późnego zastosowania zabiegu operacyjnego.

Dr. N. SZYK.

O GOŚCCU TRZEWIOWYM I JEGO LECZENIU.

W ostatnich latach liczne badania kliniczne wykazały, że uszkodzenia stawowe nie stanowią znamiennej cechy gośćca. Obecnie gościec określa się jako schorzenie całego ustroju na tle uszkodzenia układu mezenchymalnego o osobliwym podłożu histopatologicznym. Powyższe określenie gośćca umożliwia zrozumienie wielopostaciowych obrazów klinicznych, omawianego cierpienia. Nowsze prace kliniczne w dziedzinie gośćca główną uwagę zwracają nie na cierpienia stawów, lecz raczej na uszkodzenia narządów wewnętrznych, a zwłaszcza układu sercowo-naczyniowego. To też bardzo szczegółowo zaczęto opisywać pozastawowe postacie trzewiowe, które występują o wiele częściej, niż to dawniej przypuszczano.

Oczywiście, za podstawowe uszkodzenie na tle gośćca należy uznać cierpienia układu sercowo-naczyniowego, które stanowi istotę i główną treść anatomo-kliniczną tej choroby. Co do innych trzewiowych umiejscowień procesu gośćcowego, które są bardzo różnorodne, wiadomości dotychczas są jednak niedostateczne. Liczne zagadnienia, dotyczące nawet postaci sercowo-naczyniowych nie zostały jeszcze należycie opracowane. Tak więc dalszych badań wymagają takie sprawy jak uszkodzenie tęt-

nicy głównej na tle gośćca, ponadto duże trudności nastręcza wczesne rozpoznanie różnicowe gośćcowego zapalenia wsierdzia i sierdzia, wreszcie należałoby gruntowniej opracować różne postacie gośćca sierdzia, ze względu na odmienne nasilenie procesu chorobowego.

Podstawowe postacie gośćcowych uszkodzeń sercowo-naczyniowych niekiedy wykazują mało typowy przebieg. Dotyczy to zaburzeń przewodnictwa na tle gośćca. Tak więc lżejsze zaburzenia przewodnictwa występują w gośćcu bardzo często, natomiast blok całkowity o etiologii gośćcowej należy do rzadkości. Ponadto należy podkreślić, że blok całkowity, jeżeli występuje, to zawsze w okresie ostrym gośćca i szybko mija pod wpływem leczenia salicylowego. Ten przemijający i nietrwały charakter bloku na tle gośćca wyróżnia sprawę tę od podobnych uszkodzeń miażdżycowych i kiłowych. Powyższe rozważania dotyczą również zespołu Adams-Stockesa, który może wystąpić w ostrym okresie gośćca i oczywiście szybko mija po ustąpieniu objawów ostrych. Wbrew ustalonym w piśmiennictwie poglądom *Jasinowski* przytacza przypadek trwałego bloku serca z zespołem Adams-Stockesa na tle gośćcowych zmian sierdzia. Wymieniony autor zwraca szczególną uwagę na znaczenie rozpoznawcze odczynu oziębienia. Powyższy odczyn polega na spadku liczby białych ciałek krwi po oziębieniu eterem. Spadek liczby białych ciałek krwi może osiągnąć 25%.

Jeśli chodzi o inne trzewiowe postacie gośćca, to już w dawnym piśmiennictwie *Trousseau* zwrócił uwagę na częstość atypowych objawów w przebiegu ostrego gośćca stawowego. Tak więc objawy wielostawowe mogą być zupełnie utajone, prócz tego przez dłuższy czas nie ujawniają się oznaki uszkodzenia serca. W ten sposób powstają t. zw. postacie durowe, brzuszne i rzekomo — chirurgiczne. Rozpoznanie powyższych postaci atypowych nastręcza poważne trudności. Szczególnie dotyczy to zajęcia otrzewnej i gorączki gośćcowej z osutką. Dopiero typowe umiejscowienie sprawy gośćcowej w dalszym przebiegu choroby umożliwia właściwe rozpoznanie. Często jedynie szybka poprawa po stosowaniu salicylanu sodu daje możność rozpoznania gośćca.

Ciekawe jest ze względu na przebieg zapalenie gośćcowe przełyku, które ujawnia się na dłuższy czas przed wystąpieniem objawów stawowych. Tę postać gośćca opisał *Grenet*. Zdaniem autora tego, objawy zapalenia gośćcowego przełyku, jak silne bóle przy połykaniu, zależą od uszkodzenia osierdzia i śródpiersia (mediastinopericarditis). Jednak w piśmiennictwie istnieją wskazówki, iż gościec może spowodować występowanie ziarniniaków w obrębie samego przełyku. O naturze gośćcowej wymienionego cierpienia przełyku świadczy szybka poprawa po stosowaniu salicylanu sodu.

Śród różnych pozastawowych postaci trzewiowych gośćca, na szczególną uwagę zasługują postacie opłucnowo-płucne. Anatomo-patologicznie gośćcowe zapalenie płuc jest zbliżone do ostrego śródmiąższowego za-

palenia. Klinicznie stwierdza się szybkie szerzenie się sprawy zapalnej w obrębie głównie dolnych odcinków płuc. Nad odcinkami zapalnymi spostrzega się stłumienie i oddech oskrzelowy. Zmiany fizykalne szybko przenoszą się z miejsca na miejsce i prędko znikają. Niekiedy w przebiegu gośćcowego zapalenia płuc może nastąpić obrzęk płuc. *Vidal* tłumaczy w tym wypadku obrzęk płuc niedomogą lewej komory na tle gośćcowego zapalenia sierdzia. Zdania autorów co do częstości występowania gośćcowych zapaleń płuc są podzielone. Tak więc *Rolli* podaje, że odsetek powikłań płucnych gośćca nie przekracza 1,5%, natomiast *Iljiński* stwierdził w 10% ogólnej ilości przypadków gośćca. We wszystkich przypadkach gośćcowego zapalenia płuc należy oczywiście stosować salicylan sodu w dawce do 8 gramów dziennie. Wyniki leczenia są w tym wypadku bardzo pomyślne. Należy podkreślić, iż gośćcowe zapalenia płuc często rozwijają się w związku z zapaleniem osierdzia.

Osobliwy przebieg wykazują wysiękowe zapalenia opłucnej na tle gośćca. Wysięk jest często obustronny i szybko ulega wessaniu w ciągu 3 — 8 dni. Leczenie polega na stosowaniu dużych dawek salicylanu sodu (8 gr. dziennie), czasami środek ten jest bezskuteczny, wtedy osiąga się wyleczenie po piramidonie (1,5 grama dziennie).

Skłodowski opisuje postać durową gośćca. Właściwe rozpoznanie wymienionej postaci jest możliwe dopiero w późniejszym okresie cierpienia, gdy ujawniają się uszkodzenia stawów, serca i błon surowiczych. Poza tym rozpoznanie opiera się na skutecznym działaniu salicylanu sodu.

Stosunkowo rzadkie są gośćcowe choroby nerek. Niektórzy autorzy mylnie uzależniają objawy nerkowe w przebiegu gośćca od długotrwałego stosowania dużych dawek salicylanu sodu. Tymczasem nawet olbrzymie dawki środka tego nie wywołują żadnego uszkodzenia nerek. Odwrotnie, salicylan sodu pomyślnie działa w przypadkach gośćcowego zapalenia nerek. Zmiany w moczu na tle gośćca mogą ujawnić się białkomoczem, krwiomoczem i wałeczkami szklistymi. Wraz z ustąpieniem gośćca mijają również objawy nerkowe, nie pozostawiając żadnych następstw.

Niekiedy gościec trzewiowy może przebiegać podobnie do posocznicy. *Jasinowski* opisuje przypadek gośćca mylnie rozpoznanego jako posocznica. W przypadku tym przypuszczano istnienie ogniska zakaźnego w migdałkach, gdyż po anginie wystąpił długotrwały stan gorączkowy o typie zwalniającym. Ze względu na zmiany zapalne migdałków, wykonano tonsillektomię, ponadto podawano przetwory sulfamidowe, które mimo blisko 2-miesięcznego stosowania nie dały rezultatu. Dopiero badanie elektrokardiograficzne ujawniło gośćcowy charakter cierpienia. Tak więc stwierdzono niski woltaż załamków, spłaszczenie załamka T w II-gim odprowadzeniu, nieco pogłębiony załamek Q i rozszerzenie zespołu QRS. Odczyn oziębienia po eterze był wybitnie dodatni (spadek ilości białych ciałek krwi o 33%). Bóle stawowe były przelotne i nieznaczne, wobec czego początkowo nie przypisywano im większego znaczenia. Po stoso-

waniu dużych dawek piramidonu osiągnięto wyleczenie. Już po kilku dniach stosowania piramidonu, odczyn opadania krwinek uległ wybitnemu zwolnieniu.

Dość duże znaczenie posiadają t. zw. rzekomo-chirurgiczne postacie gośćca. Szczególnego znaczenia nabierają objawy brzuszne na tle gośćcowego zapalenia otrzewnej, gdy brak innych objawów gośćcowych. Niekiedy gośćcowe zapalenie otrzewnej może ujawnić się w postaci ostrego schorzenia brzusznego i dać powód do zbędnego wkroczenia operacyjnego. Pod tym względem bardzo pouczający jest przypadek *Mayera*. U dziewczynki 11-to letniej mylnie rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, gdy w rzeczywistości chodziło o gośćcowe zapalenie otrzewnej. Ze względu na alarmujące objawy otrzewnowe wykonano apendektomię. Podczas zabiegu nie stwierdzono żadnych zmian w obrębie wyrostka, natomiast zauważono objawy włóknisto-surowiczego zapalenia otrzewnej. W ten sposób powstało przypuszczenie o gruźliczym zapaleniu otrzewnej. Wobec takiego rozpoznania zeszyto powłoki brzuszne bez pozostawienia drenu. Dopiero później ujawniły się oznaki lewostronnego wysięku opłucnego i zmiany serca (zapalenie wsierdzia w obrębie lewego ujścia żylnego). Po zastosowaniu salicylanu sodu osiągnięto całkowicie pomyślny wynik.

Niekiedy objawy brzuszne mogą być wywołane przez zapalenie opłucny przeponowej. We wszystkich tych przypadkach salicylan sodu szybko usuwa objawy brzuszne. Objawom brzusznym mogą towarzyszyć czasami wysoka gorączka i bóle w okolicy nerek, co składa się na obraz bardzo zawikłany i trudny do rozpoznania.

Z powyższych rozważań wynika, iż gościec o wiele częściej, niż to dawniej przypuszczano, przebiega bez objawów stawowych. Wprawdzie pozastawowe przypadki gośćca nie są częste, jednak właściwe rozpoznanie omawianych postaci często zapobiega zbędnym operacjom i umożliwia skuteczne leczenie.

Salicylan sodu i piramidon są szczególnie skuteczne w leczeniu omawianych postaci trzewiowych gośćca, zwłaszcza przy prawidłowym i energicznym stosowaniu.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

W. BIRKMAYER. *Dalsze badania nad spadkiem pobudliwości mięśniowej w myastenii* (Dtsch. Ztschft. f. Nervhkunde 147, r. 1938).

Badania nad pobudliwością mięśniową w myastenii wykazały, że, w miarę wykonywania dłuższej pracy, siła mięśniowa maleje w postaci linii pochyłej, w przeciwieństwie do zjawisk obserwowanych u ludzi zdrowych, gdzie spadek odbywa się schodkami, wznosząc się od czasu do czasu w miarę większego natężenia woli. Podobne zjawisko spadku po-

chyłego pobudliwości obserwujemy w myastenii bez względu na charakter stosowanej podniety. O ile myastenik przez dłuższy czas wykonuje jakąś pracę, wydajność skurczowa mięśni maleje. Zastosowanie w tym czasie podniety dodatkowej (np. prądu faradycznego) pozostaje zupełnie bez wpływu na efekt ruchowy. Świadczy to o tym, że zmniejszaniu się tężca odpowiada blokada obwodowa, która może dotyczyć całego przekroju poprzecznego nerwu w miejscu podrażnienia, bądź też połączenia mięśniowo-nerwowego. W okresie wyczerpania, pod wpływem stosowania prądu faradycznego i pod wpływem impulsów korowych, mięsień może się kurczyć (aczkolwiek nie kurczy się przy stosowaniu prądu) i odwrotnie, o ile przyczyną zmęczenia są bodźce korowe, prąd faradyczny może wyzwolić skurcz mięśnia nie reagującego na wysiłek woli. Przemawia to przeciw lokalizowaniu blokady na przekroju nerwu, a każe ją umiejscawiać na obwodzie. Różna pobudliwość wyczerpanego mięśnia w stosunku do podniet dowolnych czy to elektrycznych jest związana z rozmaitym współtowarzyszącym pobudzeniu przestrojeniem pobudliwości nerwowej.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

Dr. UEBERMUTH. *Leczenie otwartych uszkodzeń stawu kolanowego.* (Medizinische Klinik Nr. 10, Marzec 1939).

Uszkodzenia stawu kolanowego zajmują specjalne miejsce ze względu na skomplikowaną tego stawu budowę, która stwarza złe warunki dla przebiegu ropnych zapaleń i trudności w prowadzeniu leczenia.

Dwie zasady należy przede wszystkim zapamiętać: 1) przy uszkodzeniach części miękkich w okolicy stawu kolanowego należy zawsze brać pod uwagę możliwość uszkodzenia samego stawu, w wypadkach wątpliwych raczej postępować tak, jakby otwarcie stawu rzeczywiście nastąpiło, 2) zawsze w wątpliwych wypadkach wskazane skierowanie do szpitala chirurgicznego staje się bezwzględnie koniecznym przy wzroście temperatury.

W celu stwierdzenia otwarcia jamy stawu nie wolno posługiwać się sondą ze względu na możliwość przeniesienia zakażenia wgłąb, nieraz wystarczy kilka ruchów w stawie kolanowym, by synovia wyciekła z rany i tym samym sytuacja wyjaśni się. Jeżeli zaś sprawa dalej pozostaje niejasna, należy według zasad chirurgii odsłonić podstawę rany.

W ciągu pierwszych 6 — 8 godzin torebka stawowa zostaje całkowicie zeszyta, w częściach miękkich zostawia się mały otwór z pasmem gazy na 24 do 48 godzin, można też napełnić staw np. rivanolem. Przy jednoczesnym złamaniu rzepki, należy obie jej części odrazu połączyć szwem, następnie kolano unieruchomić, w razie pomyślnego przebiegu, po 10 dniach zaczyna się systematyczne ruchy w stawie; pourazowe krwawe wylewy należy punktować i, jeśli rana na to pozwala, nałożyć opatrunek uciskowy.

Jeśli od zranienia upłynęło więcej niż 8 godzin, ranę oczyścić i pozostawić otwartą ew. założyć dren gumowy. Pamiętać o surowicy przeciwanaerobowej. Przy podniesieniu się temperatury natychmiastowe zdjęcie bandaża i dokładne zbadanie okolicy rany.

Przy leczeniu zropiałych uszkodzeń kolana stosuje się te same metody co przy empyemach (przerzutowych lub haematogennych), a więc nakłucie i napełnienie rivanolem (przy zajęciu recessus anterior), nacięcia i drenowanie, resekcja i wreszcie amputacja.

Przy ranach kłutych najpierw stanowisko wyczekujące. Ciała obce można usuwać zaraz, po 5 — 6 dniach lub jeszcze później. Przy ranach postrzałowych: przy przestrzeleniu — unieruchomienie, punkcja wylewów krwawych, przy zatrzymaniu się pocisku w ranie — najlepiej usunąć go w ciągu pierwszych 48 godzin, jednakże rozpoczynanie operacji bez znalezienia ciała obcego jest gorsze, niż odłożenie operacji (konieczny chirurg, pomoc). Przy zmiażdżeniu bardzo często trzeba się uciekać do amputacji, z którą nie wolno zwlekać, szczególnie u ludzi po 50 roku życia, u dzieci nadzieja na lepszy przebieg jest większa.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

A. LEMIERRE, A. LAPORTE i R. TROTT. *Natychmiastowe wyleczenie posocznicy meningokokowej po podaniu doustnym paraaminofenylsulfamidu.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 10, r. 1939).

W przypadku formy rzekomo zimniczej posocznicy meningokokowej z wysypką i bólami stawowymi, autorzy zastosowali preparat 1162F w ilości 3 gramów dziennie (6 tabletek po 0,5 gr.). Już nazajutrz gorączka opadła i objawy ustąpiły. Pomimo to, chory otrzymywał w ciągu tygodnia po 3 gr. paraaminofenylsulfamidu dziennie, następnie w ciągu 5 dni po 2 gr., w ciągu 3 dni po 1½ gr. i wreszcie w ciągu 5 dni po 1 gr. Na podkreślenie zasługuje szybkie ustąpienie objawów już po zażyciu niewielkiej ilości preparatu 1162F.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

L. B. ALVES. *Leczenie hormonalne dobrotliwych przerostów gruczołu krokowego.* (Imprensa Medica, Nr. 20, 1938 r.).

Autor dokładnie opisuje 5 przypadków przerostu gruczołu krokowego leczonych hormonalnie. Dobre wyniki osiągnął, stosując zarówno propionian testosteronu, jak i follikulinę. W jednym przypadku stosował Perandrenę — dotyczył on 71-letniego chorego z dusznicą bolesną, kamicą nerkową i przerostem gruczołu krokowego. Od 2 lat cierpiał on na dolegliwości w oddawaniu moczu znacznie postępujące w ostatnich czasach — w ciągu dnia co ½ godziny, w nocy 6 — 8 razy wśród bólów i silnego pieczenia oddawał mocz mętny, zawierający ropę i krew. Po 8 wstrzyknięciach Perandreny stan ogólny poprawił się — chory oddawał czysty mocz i znacznie rzadziej.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

J. GIRARD. *Postać płucna ostrego gośćca stawowego — czyli choroby Bouillaud.* (Societé de Medecine de Nancy, styczeń, 1939).

Autor opisuje ciekawy przypadek ostrej choroby płucnej na tle choroby Bouillaud. Chora lat 60 dostaje nagle wysokiej gorączki z dreszczami. Badanie klatki piersiowej opukowo i słuchowo wykazuje: przytłumienie, oddech oskrzelowy; rzężenia wilgotne w dolnej części płuca prawego. Autor rozpoznaje grypowe zapalenie płuc i zaleca banalne środki lecznicze. Przez 5 dni stan chorej absolutnie się nie poprawia. Ognisko prawego płuca rozszerza się, a jednocześnie występuje nowe ognisko w lewym płucu. W następnych dniach objawy ogniska lewego przeważają, podczas gdy ognisko prawe to znika to pojawia się znowu. Wtedy autor wykonał następujące badania: posiew z krwi, morfologię i poziom cukru we krwi. Wobec tego, że badania dały wyniki ujemne, autor, opierając się na następujących danych: chora nie miała wcale objawów podmiotowych, ogniska płucne ciągle się zmieniały, a ich rozległość była niewspółmierna z ogólnym stanem chorej, u chorej stwierdzono podmuch skurczowy, który autor przypisał dawno przebytej chorobie Bouillaud, chociaż chora twierdziła uporczywie, że wogóle nie chorowała nigdy — postawił rozpoznanie czystej postaci płucnej ostrego gośćca stawowego.

Autor zastosował 5 gr. salicylanu sodu doustnie i 1 gr. dożylnie i rzeczywiście po 48 godzinach temp. spadła i wszystkie objawy płucne zniknęły. Choroba niepotrzebnie trwała 19 dni.

Autor twierdzi, że wszystkie wyżej wymienione dane, jak i wspaniały wynik leczniczy, przemawiają za gośćcową etiologią tego zapalenia płuc.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

J. C. MOUSSIO FOURNIER i F. RAWAK. *Działanie lecznicze witaminy B w myelozie powrózkowej w przypadku niedokrwistości złośliwej.* (Revue Neur. 70, r. 1938).

Leczenie myelozy witaminą B najlepsze wyniki daje przy podaniu leku parenteralnie. W przypadku autorów poprawa objawów neurologicznych przy podawaniu witaminy B poprzedzała poprawę obrazu morfologicznego krwi. Wielu autorów stwierdzało, że pomimo poprawy krwi, objawy neurologiczne nie ulegały zmianie i dopiero podanie witaminy B powodowało ich cofanie się. Świadczy to o specyficznym wpływie tej witaminy na komplikacje nerwowe w niedokrwistości złośliwej. Już po pierwszych zastrzykach notowano ustępowanie znużenia i osłabienia, stwierdzano również poprawę w dziedzinie objawów czuciowych. Autorzy podawali w ciągu 3 miesięcy ogółem 300 mg. witaminy B (30 zastrzyków po 2 mg. i 24 zastrzyków po 10 mg.). Również zmiany języka ulegają wyraźnej poprawie pod wpływem leczenia witaminą B.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

I. FINKELMAN i L. B. SHAPIRO. *Działanie siarczanu benzydryny i atropiny w przewlekłym zapaleniu mózgu.* (Publ. fr. the Instit. of Neur. 9 r. 1938).

Autorzy stosowali w 12 przypadkach parkinsonizmu pośpiączkowego leczenie atropiną, następnie atropiną łącznie z benzydryną, wreszcie wyłącznie benzydryną. Najlepszy wynik dało leczenie kombinowane benzydryną i atropiną. Benzydryna wpływała przede wszystkim na zaburzenia snu, przywracając normalny cykl snu, oraz na napady wejrzeniowe, zmniejszając ich ilość. Wpływała również na ogólne samopoczucie chorych. Nie miała jednak żadnego wpływu na drżenie ani na rigory.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

HARRY STALKER. *Doryl w czynnościowym zatrzymaniu moczu.* British Medical Journal 1938, nr. 4042, str. 1393).

Autor wypróbował działanie Dorylu (chlorku karbaminoilocholiny) w zatrzymaniu moczu wskutek chorób nerwowych i umysłowych. Doryl działał skutecznie w ostrych i przewlekłych organicznych schorzeniach (obłęd, porażenie ogólne, skleroza mózgu z porażeniem połowiczym) oraz

w zaburzeniach wyłącznie czynnościowych, jak histeria, ostra depresja, otępienie. Przez stosowanie Dorylu, który wstrzykiwano domięśniowo w dawce 0,25 mg. — ewtl. powtórne wstrzykiwania po pół godzinie — unikano cewnikowania a tym samym niebezpieczeństwa zakażenia.

Dr. St. Domicz.

———:o:———

G. HIRTZ. *Amenorhoea na tle niedomogi nadnerczy.* (La Clinique Luty 1938.).

Autor na zasadzie długoletnich obserwacji dochodzi do przekonania, że brak miesiączki może wystąpić nie tylko na tle zakażeń, zaburzeń przemiany materii, niedomogi jajników, przysadki i tarczycy, ale też pod wpływem niedomogi nadnerczy. Ta postać braku miesiączki występuje między 15 a 17 rokiem życia i jest rzadko pierwotna. Po pewnym okresie normalnego miesiączkowania, ilość krwi zaczyna się powoli zmniejszać i pewnego dnia miesiączka zupełnie ustaje W innych znów wypadkach amenorhoea występuje nagle pod wpływem jakiejś infekcji banalnej, przepracowania lub przeziębienia. Rozpoznanie etiologiczne nie jest prawie nigdy postawione. Chora dostaje leczenie hormonalne jajnikowe i wzmacniające, które pomaga tylko chwilowo. Na uwagę zasługuje fakt, że w okresach, w których powinna występować miesiączka, nie stwierdza się żadnych zaburzeń ani podmiotowych ani przedmiotowych w sferze płciowej. Tylko b. dokładna anamneza i ogólne badanie chorej pozwalają na rozpoznanie etiologiczne. Stwierdza się wtedy: osłabienie, podciśnienie tętnicze, dystonię neuro-wegetatywną, wzmożenie odruchu oczno-sercowego, akrocyanozę, albo erytro-cyanozę w okolicy kostek, skłonność do odmrożeń, uczucie stałego ziębnięcia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i wychudzenie. Autor zaznacza, że w tych wypadkach tylko leczenie wyciągami kory nadnerczy lub całego gruczołu może poprawić stan chorej i przywrócić miesiączkowanie.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

M. VILLARET, L. JUSTIN - BESANCON, H. P. KLOTZ i SIKAROW. *Pellagra u alkoholików ujawniona w czasie helioterapii zapalenia wielonerwowego.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. N. 8, r. 1939).

U alkoholika 48-letniego rozwinęły się objawy zapalenia wielonerwowego obok zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. W następstwie naświetlań promieniami słonecznymi, niezbyt zresztą silnymi, rozwinęły się zmiany skórne w postaci plam czerwonych, pokrytych miejscami, owrzodzeniami. W następstwie zastosowania witaminy B_1 i P objawy skórne cofnęły się, objawy zapalenia wielonerwowego zaczęły się poprawiać. Autorzy uważają zmiany skórne za objawy pellagry. Zapalenie wielonerwowe jest objawem niezależnym od pellagry i wynika z niedostatecznej podaży witaminy B_1, jak również z upośledzonego jej zuży-

tkowania. Alkoholizm wywołuje zmiany w wątrobie, związane z zaburzeniami w zużytkowaniu witamin zwłaszcza witaminy B_1 i witaminy P. P.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

J. DECOURT i J. GUILLEMIN. *Bardzo znaczne uczulenie skórne na nowokainę.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. N. 6, r. 1939).

W przypadku bólu głowy o charakterze sympatalgicznym, autorzy zastosowali zastrzyki roztworu nowokainy $^1/_{100}$ loco dolenti. Po drugim zastrzyku, dokonanym w 3 dni po pierwszym, kilka kropel nowokainy rozlało się po skórze. W miejscu, gdzie spłynęły krople nowokainy, wytworzyły się nazajutrz wybitne zmiany skórne o charakterze egzemy, o powierzchni nieregularnej, nacieczonej, pokrytej licznymi pęcherzykami, silnie swędzącymi. Reakcja ta utrzymywała się przez 7 dni. W miejscu zastrzyku natomiast nie stwierdzało się żadnych zmian. Nie było również żadnego odczynu ogólnego. Celem dokładnego zbadania autorzy zastrzyknęli pacjentce do skóry przedramienia 0,2 cm^3. roztworu nowokainy. W innym miejscu po powierzchownym uszkodzeniu naskórka wprowadzono 1 kroplę nowokainy. Wieczorem w miejscu nacięcia naskórka zjawiło się swędzenie a po 3 dniach obraz zmian obserwowanych na przedramieniu był taki, sam, jak obraz stwierdzany po przypadkowym zwilżeniu naskórka przez nowokainę po drugim zastrzyku. W miejscu zastrzyku doskórnego zmiany były znacznie słabiej wyrażone. Przypadek ten autorzy przytaczają jako specjalne uczulenie naskórka na nowokainę.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

Dr. GORO SANADA. *W sprawie wartości Perandreny, syntetycznie otrzymywanego hormonu jądrowego.* (Osaka Iji Shinshi. Nr. 8, 1938 r.).

Autor stosował Perandrenę u szeregu chorych z zaburzeniami potencji, przedwczesnym wytryskiem, w nerwicy płciowej i przepracowaniu. W 3 przypadkach udało się osiągnąć dobry rezultat nawet wówczas, gdy inne preparaty hormonalne zawodziły. Autor wstrzykuje 1 ccm. Perandreny

co 5 — 7 dni, w cięższych przypadkach częściej. Preparat może być stosowany podskórnie, gdyż nie powoduje bólu i nie drażni.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

P. LECHELLE, A. THEVENARD i CHAROUSSET. *Paciorkowcowe zapelenie opon u dorosłego leczone i wyleczone za pomocą paraaminofenylsulfamidu.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 7, r. 1938).

U 47-letniej kobiety rozwinęło się ropne zapalenie opon mózgowordzeniowych bez objawów ogniskowych. Z płynu mózgowordzeniowego dwukrotnie wyhodowano paciorkowce. Pierwszego dnia po przybyciu do szpitala pacjentka otrzymała 50 cm^3. surowicy przeciwmeningokokowej i 1 ampułkę rubiazolu domięśniowo. Następnego dnia rozpoczęto podawanie preparatu 1162 F doustnie, początkowo po 3 gr. dziennie, następnie po 4 gr. w ciągu 8 dni. W tym okresie wystąpiła lekka sinica. Po 12 dniach objawy oponowe zaczęły się cofać. Chora otrzymywała nadal 1162 F w ciągu 10 dni po 1,5 gr. dziennie. Ogółem otrzymała ona 52,2 gr. fenylsulfamidu. Trzecie nakłucie wykonane po 3 tygodniach dało płyn przejrzysty i jałowy, zawierający 13 ciałek w 1 cm^3. Punktu wyjścia zakażenia paciorkowcowego nie udało się ustalić.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

Dr. LUNGWITZ. *Zaburzenia stanów uczuciowych i ich zależność od przemiany materii i sympatycznego układu nerwowego.* (Medizinische Klinik Nr. 13. 1939.).

Gorączce wiążącej się z przykrymi stanami uczuciowymi towarzyszy zakwaszenie, zaś dobre samopoczucie okresu rekonwalescencji idzie w parze z alkalizacją ustroju, acidozę spotykamy podczas depresyjnie zabarwionego u niektórych kobiet okresu przedmiesiączkowego wzgl. podczas miesiączki, przy zakwaszeniu cukrzyków częste są stany lękowego podniecenia. Takie i tp. obserwacje skłoniły autora do próby leczenia stanów depresyjnych przez alkalizowanie ustroju. Autor przytacza dwa przypadki ciężkiej melancholii i jeden innej choroby psychicznej o zabarwieniu depresyjnym z tendencjami samobójczymi, w których uzyskał tą drogą wybitną poprawę.

Obok diety stosował on Antacid 3 razy dziennie po 1 do 1½ łyżki stołowej (w ciężkich przypadkach). Próbował też z powodzeniem tego leczenia w depresjach okresu przekwitania.

Mechanizm przestrajania się ustroju zależy oczywiście poza tym od systemu wegetatywnego, działającego poprzez gruczoły wewnętrznego wydzielania, układ zaś autonomiczny zależny jest również od stosunku wapnia do potasu. Wreszcie pewne witaminy działają jako katalizatory. Witamina B_1 np. zwiększa efekt acetylcholiny i działa poza tym na zależną od

sympatycznego układu inerwację naczyń. Może więc mieć znaczenie lecznicze w vasoneurozach często spotykanych, w depresjach klimakterycznych i depresyjnych psychozach inwolucyjnych.

W życiu codziennym praca zwiększa przemianę materii i wywołuje jako reakcję sympakotoniczną zakwaszenie, sen zaś przynoszący wypoczynek ma tendencję alkalizującą.

Nieraz w przypadkach, w których opium zawodzi, uzyskuje się efekt gynergenem, przeciwdziałającym przez porażenie n. sympatycznego sympatikotonicznej acidozie.

Autorowi udało się też wywołać u pewnej chorej maniakalnej przez zakwaszenie jej stan depresji.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

M. BOULIN. *Ujemne strony leczenia insulinowego.* (Revue médicale française, luty, 1939 r.).

Autor uważa, że bezkrytyczne stosowanie insuliny jest najważniejszą przyczyną ujemnych objawów, występujących po jej podawaniu. Najważniejszym powikłaniem jest hypoglikemia. Przypuszczenie, że w każdym wypadku hypoglikemii wstrzykiwanie glukozy dożylnie przywraca poziom cukru we krwi — jest błędne. Glikemia może się podnieść chwilowo albo wcale, pozostawiając po sobie czasami ślady nieodwracalne. Te przykre objawy wystąpić mogą nawet przy dawkach małych, ale występują najczęściej u ludzi predysponowanych i szczególnie uczulonych. Np. u wyniszczonych i dotkniętych zaburzeniami przysadkowo-nadnerczowymi, które są bardzo często trudne do uchwycenia klinicznego. Obok objawów hypoglikemicznych występują objawy nerwowe, jak drgawki i porażenia. Drgawki mają charakter uogólnionej padaczki, szczególnie u dzieci nerwowych, porażenia zaś występują u osób starszych z objawami miażdżycowymi. Trzecim rodzajem objawów poinsulinowych są dolegliwości sercowe. Do nich należą ataki dławicy piersiowej, które występują u osobników ze zmianami w tętnicy głównej i mięśniu sercowym. Czasami występuje ostra niedomoga serca. Co do zawału sierdzia, to bardzo często jest on u diabetyków utajony i odkryć go można przez Ekg. Czwartym objawem poinsulinowym jest zapalenie siatkówki, na którą insulina bardzo źle wpływa. W konkluzji autor na zasadzie długoletnich obserwacji dochodzi do następujących wniosków. Jeżeli przy stosowaniu insuliny występują objawy hypoglikemiczne, to one są pochodzenia czysto insulinowego. Wszystkie inne zaś objawy, towarzyszące insulinoterapii, posiadają inne tło organiczne, insulina zaś jest tutaj tylko czynnikiem wywołującym. Dlatego też należy przed stosowaniem insuliny zbadać stan wszystkich narządów.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

J. DECOURT, R. MARTIN, HERAULT i PANTHIER. *Zapalenie meningokokowe powikłane posocznicą meningokokową. Wyleczenie zapalenia opon małą dawką sulfamidu. Konieczność zalecania dużej dawki sulfamidu w celu wyleczenia posocznicy.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 8, r. 1939).

U 13-letniego dziecka z objawami meningokokowego zapalenia opon po zastosowaniu preparatu sulfamidowego w ilości 1 — 1,5 gr. dziennie per os, stwierdzono bardzo szybko ustąpienie objawów meningitu. W dalszym ciągu jednak dołączyły się objawy posocznicy meningokokowej. Zastosowano znowu preparat sulfamidowy w ilości 3 gr. dziennie. Już w ciągu pierwszego dnia temperatura zaczęła opadać i objawy posocznicy bardzo szybko wygasły.

Dr. A. Gelbard.

—:o:—

A. SANDE. Z Zakładu Farmakologii Wydziału Lekarskiego w Santiago de Compostela (Hiszpania) i Kliniki Chorób Wewnętrznych (prof. dr. Lorenzo Girones). *Leczenie złotem a witamina C.* Studium kliniczne i doświadczalne. (Klinische Wochenschrift 1938, Nr. 50, str. 1762).

U 3 chorych, którzy wykazali dużą nietolerancję wobec preparatów złota, objawy te zostały usunięte przez stosowanie Cebionu (100 — 200 mg dożylnie). W doświadczeniach na zwierzętach (świnkach morskich), stwierdzono następnie, że przy leczeniu preparatami złota zmniejsza się ilość leukocytów i zawartość witaminy C w różnych narządach (z wyjątkiem wątroby).

Dr. St. Domicz.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

FEIL H. i BECK CL. *Leczenie miażdżycy tętnic wieńcowych i dławicy piersiowej przy pomocy nowo-utworzonego krążenia serca.* (Journ. of The Americ. Med. Assoc. 109, 1781, 1938).

Operację Becka zastosowali autorzy u 25 chorych. Polega ona na przeszczepieniu do serca części mięśnia dużego piersiowego lewego i tłuszczu wziętego ze śródpiersia, po nacięciu wzdłuż lewego brzegu mostka. Jednocześnie na powierzchnię serca między sercem i przyczepem umieszcza się sproszkowaną kość wołu, w celu wywołania lekkiego stanu zapalnego. Z tych 25 chorych — 9-ciu zmarło. 3-ch poprawiło się nadspodziewanie dobrze, reszta chorych poprawiła się nieznacznie.

Z 9-ciu zmarłych — 8 zmarło w kilka dni po operacji, na sekcji stwierdzono daleko posunięty stan miażdżycy tętnic wieńcowych i znaczne zmiany mięśnia sercowego.

Technika operacyjna znacznie się polepszyła w ostatnich czasach. Mechanizm polepszenia stanu chorych jest nieznany.

Według Becka po operacji wytwarza się nowy obszar krążeniowy, w którym krew krąży w tętnicach wieńcowych i w obrębie których wytworzyły się nowe połączenia, dzięki urazowi operacyjnemu, przeszczepowi i sproszkowanej kości wołu.

Dr. A. Boczko.

PRZEGLĄD HEMATOLOGICZNY

pod redakcją d-ra M. Landesmana, st. asyst. U. J. P.

P. EMILE WEIL et SUZANNE PERLES. *Nakłucie mostka.* (La Ponction Sternale, Masson et Cie Editeuers, Paris 1938).

(Ciąg dalszy).

Zestawiając wszystko co zostało dotychczas powiedziane o roli nakłucia mostka w białaczkach możemy stwierdzić, że:

a. Badanie szpiku kostnego posiada bardzo duże znaczenie jako metoda diagnostyczna, pozwalająca z całą pewnością rozpoznać

sprawę chorobową w białaczkach aleukemicznych i zlokalizowanych wyłącznie w szpiku.

b. Pozwala na wyciągnięcie wniosków prognostycznych dzięki temu, że zmiany szpiku zjawiają się znacznie wcześniej niż we krwi obwodowej.

c. Systematyczne badanie szpiku stanowić może metodę kontroli skuteczności naszego sposobu leczenia, a także daje wgląd w racjonalność i bezpieczeństwo w jej stosowaniu. Np. zjawienie się w myelogramie większej ilości komórek o charakterze leukoblastów każe obawiać się przejścia białaczki w postać ostrą i tym samym wymaga przerwania naświetlań.

II. Odczyny białaczkowe.

Szpik kostny jest narządem myeloerytroblastycznym. Nic więc dziwnego, że wszelkie podrażnienia tego narządu mogą wywoływać odczyn o charakterze białaczkowym o natężeniu różnym, który może sugerować bujanie białaczkowe. Odróżnienie tych stanów patologicznych nastręcza niejednokrotnie duże trudności i zmusza do zastosowania oprócz badania szpiku i krwi obwodowej nakłucia innych ośrodków krwiotwórczych. Znając fakt istnienia białaczek zlokalizowanych rozumiemy, że i te metody diagnostyczne mogą nie dostarczyć potrzebnych dowodów, skutkiem czego rozpoznanie może pozostać problematycznym. Dopiero dłuższa obserwacja przebiegu choroby i ewolucja obrazów skojarzonych nakłuć różnych ośrodków krwiotwórczych może wreszcie naprowadzić na właściwe rozpoznanie. Za rozpoznaniem. białaczki przemawiać będzie rozwój sprawy. rozprzestrzenienie się na inne ośrodki układu krwiotwórczego i utrzymywanie się zmian we krwi.

Odczyny białaczkowe silniejsze lub słabsze można spostrzegać w przebiegu ciężkich, lub nawracających krwotoków. Również widuje się je przy ogólnych infekcjach (posocznica, gorączka połogowa, ospa, płonica) zwłaszcza w łączności z wystąpieniem komplikacji, w zakażeniach miejscowych (ropowica) i wyjątkowo skutkiem zatruć benzenem, złotem, torem, lub naświetlań promieniami X.

III. Guzy szpiku.

Omawianie guzów szpiku w bezpośredniej łączności z odczynami białaczkowymi jest uzasadnione o tyle, że tak w jednym jak i w drugim przypadku ma miejsce rozplem układu szpikowego, dający ewentualnie zaburzenie składu krwi. Studia nad guzami szpiku są prowadzone od niedawna, zagadnienie zaś jest bardzo złożone tak, że dotychczas nie jesteśmy w stanie syntetycznie go ująć. Komórki złośliwego bujania są albo zbyt podobne, albo zbyt różne, aby móc definitywnie rozróżnić reakcje

nowotworowe szpiku. Jedna tylko postać rozplemu daje się z całą pewnością wyróżnić — jest nią szpiczak plazmocytowy. Ze względu wyżej wymienionych trudności klasyfikacji opartej na danych anatomicznych czy patologicznych, musimy narazie poprzestać na klasyfikacji, opierającej się na danych klinicznych.

a. Zieleniaki. Cierpienie to charakteryzuje się występowaniem mnogich guzów kości z punktem wyjścia ze szpiku, któremu towarzyszy często odczyn białaczkowy krwi. Zmiany krwi występują niekiedy wcześnie, kiedyindziej znów u schyłku choroby. Obraz krwi przypomina ostrą białaczkę. Zjawiają się w zmiennej ilości (5 — 20%) elementy niezróżnicowane, embrionalne. Występowanie dodatniego odczynu oksydazowego i form przejściowych typu myelocytów skłania do przyjęcia, że ma tu miejsce rozplem elementów szpikowych, co zesztą potwierdza nakłucie mostka. Myelogram wykazuje wyżej wspomniany rozplem i obecność komórek nowotworowych rozsianych, lub co częściej w grupkach. Komórki te są duże, okrągłe o sporym jasnym jądrze, posiadającym wodniczki i wyraźną siatkę chromatyny i skąpej zarodzi zasadochłonnej bez ziarnistości. Komórki te przypominają bardzo niezróżnicowane elementy występujące współcześnie we krwi.

b. Szpiczaki. Są to guzy wychodzące ze szpiku kostnego mogące przerastać tkankę kostną. Obraz chorobowy charakteryzuje się występowaniem mnogich guzów w kościach, lub wyłącznie w szpiku, nie dających charakterystycznych zmian w obrazie krwi za wyjątkiem silnie lub słabiej zaznaczonej niedokrwistości. W przypadkach zaawansowanych obraz rentgenowski kości bardzo rzadko wykazuje zmiany typowe. Najczęściej są one niecharakterystyczne i przypominają gruźlicę, kilaki, lub przerzuty nowotworowe. Niekiedy wogóle radiogram zmian nie przedstawia. Metodę diagnostyczną z wyboru stanowi w tym cierpieniu nakłucie mostka. Obraz szpiku jest niezwykle charakterystyczny. Stwierdza się tu zalew szpiku jednym rodzajem komórek, z równoczesnym zniknięciem składników prawidłowego myelogramu. Najczęściej spotykanym elementem komórkowym są tu komórki plazmatyczne, rzadziej widuje się erytro myelo lub limfoblasty.

1. Szpiczak rzekomo plazmatyczny. Guzy te są najczęstsze z ogółu guzów szpikowych i najlepiej poznane. Pochodzenie ich nie jest jeszcze z pewnością ustalone. Niektórzy badacze twierdzą, że pochodzą one z plazmocytów szpiku, inni zaś, że — z przekształconych komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego. Komórki te są zmiennej wielkości, jądro bywa ciemne lub jasne z wodniczkami, leży najczęściej ekscentrycznie. Zaródź fioletowo-szara rozmaicie obfita, zawiera często jąderka lub ziarnistości azurochłonne, niespotykane w zwykłych plazmocytach. Wśród komórek stwierdza się wybitną atypowość: kilka jąder, zniekształcenie jądra, nieprawidłowy podział. Wszystkie te cechy sprawiają wrażenie bujającej masy nowotworowej.

Metodą rozpoznawczą z wyboru, jak to zostało poprzednio zaznaczone, jest nakłucie szpiku, wykazujące znaczne bujanie plazmocytów i wybitne zmniejszenie się elementów prawidłowego myelogramu.

2. Inne szpiczaki. Inne szpiczaki są znacznie rzadsze. Opisano szpiczaki erytro, limfo i myeloblastyczne. We wszystkich przypadkach pewne rozpoznanie zawdzięczano nakłuciu szpiku.

c. Retikuloendotoliozy. Do tej grupy zaliczamy szereg stanów chorobowych, różniących się objawami klinicznymi i przebiegiem. Wyróżnić z niej można ziarnicę złośliwą, chorobę Gauchera, której związek z układem siateczkowo śródbłonkowym jest tylko prawdopodobny, jako jednostki stosunkowo nieźle poznane. Pozostałe jednostki, których podłożem jest bujanie elementów układu siateczkowo-śródbłonkowego są trudne do klasyfikacji, a cechujące je elementy komórkowe słabo tylko przypominają komórki siateczkowo-śródbłonkowe, z których pochodzą. Spora ilość przypadków retikuloendotelioz została opisana pod rozpoznaniem aleukemicznej białaczki monocytowej. Odróżnienie retikuloendotelioz od pierwotnych nowotworów szpiku jest trudne do przeprowadzenia. Obraz systemowego rozplemu układu szpikowego z następowymi zaburzeniami krwi przypomina białaczki, a z drugiej strony polimorfizm elementów bujających nadaje proliferacji charakter nowotworowy. O przynależności poszczególnych przypadków do grupy nowotworów czy schorzeń systemowych decyduje raczej przebieg kliniczny, powstawanie przerzutów i t. d.

W przypadkach retikuloendotelioz obraz szpiku wykazuje w otoczeniu prawidłowych elementów szpiku obecność dużej ilości wielkich komórek o niekształtnym jądrze, lub elementów przypominających histiocyty, z siateczkowym jądrem i wodniczkami oraz z zasadochłonną zarodzią.

IV. Guzy przerzutowe szpiku.

Poglądy różnych autorów na częstość występowania przerzutów guzów złośliwych do kości są różne. Niektórzy są zdania, że występują one rzadko, inni, że bardzo często. Według Mallet'a i Lefèvre'a przerzuty do kości mają się zdarzać względnie często, przy czym nakłucie mostka pozwala je rozpoznać jeszcze przed zjawieniem się objawów klinicznych i zmian radiologicznych kości. Obraz szpiku w tych wypadkach wykazuje obecność komórek nowotworowych rozsianych, bądź całych strzępków tkanki nowotworowej. Współistnieje z tym zmniejszenie ilości prawidłowych elementów szpiku, który przybiera charakter aplastyczny. Jednakowoż zdarza się niekiedy, że szpik wykazuje cechy rozplemu (Varadi).

(Dokończenie nastąpi).

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Powołanie do życia Fundacji „Polski Instytut Balneologiczny" w Krakowie.

Dnia 29 kwietnia b. r. odbyło się w Krakowie pierwsze posiedzenie Rady Fundacji p.n. Polski Instytut Balneologiczny w Krakowie, na którym ukonstytuowały się władze Fundacji i został omówiony plan działania na najbliższą przyszłość.

Zgodnie z przepisami statutu zwołał i przewodniczył na I posiedzeniu do czasu wyboru prezesa delegat Ministra Opieki Społecznej do Rady Fundacyjnej, p. dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej.

P. Dyr. Adamski po stwierdzeniu, iż Członkowie Rady pp.: prof. dr. T. Tempka, prof. dr. J. Zubrzycki, doc. dr. L. Tochowicz, prezes St. Karłowski, dr. K. Kaden, dr. P. Rudzki, dr. J. Owsiński i prof. dr. E. Godlewski — za wyjątkiem prof. dr. Fr. Waltera, który nieobecność swą usprawiedliwił — zebrali się w komplecie, wygłosił przemówienie, podkreślając doniosłość i wagę Polskiego Instytutu Balneologicznego. Cele i zadania placówki znalazły swój wyraz w Statucie Fundacji, a wieloletnia praca nad organizacją Instytutu natrafiała na znaczne trudności natury jak materialnej tak i moralnej. Naród nasz jednak — jak zaznaczył p. Przewodniczący — posiada w swoim charakterze wielką moc, która w ważniejszych poczynaniach każe usuwać wszelkie przeszkody, dzięki czemu powstają tak cenne dla współczesnych i przyszłych pokoleń dzieła — jak Polski Instytut Balneologiczny.

Jakkolwiek sama myśl powołania do życia Instytutu nie była nowa, jednak propagatorem i realizatorem tej idei był niewątpliwie ś. p prof. dr. Ludomir Korczyński, którego pamięć i zasługi zostały przez obecnych uczczone przez powstanie i dłuższą chwilę milczenia.

Na wniosek Sen. Karłowskiego Prezesem Rady Fundacyjnej i jej Zarządu został jednogłośnie wybrany prof. dr. Tadeusz Tempka, prezes Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie. Prof. dr. Tempka dziękując za zaszczytny wybór zgłosił wniosek o wybranie na zastępcę Prezesa Rady i Zarządu Fundacji p. Stanisława Karłowskiego, prezesa Związku Uzdrowisk Polskich, co zebrani przyjęli przez aklamację.

Na trzeciego członka Zarządu obrany został prof. dr. Franciszek Walter, delegat Polskiej Akademii Umiejętności.

Do Komisji Rewizyjnej weszli na okres trzyletni — zgodnie ze statutem — członkowie z poza Rady, w osobach: dyr. Stanisława Wiśniewskiego, I wiceprezesa ZUP., d-ra Kubiczka z Pol. Tow. Balneologicznego i dra Witolda Przywieczerskiego z M.O.S.

Rada Fundacyjna wyłoniła ze swego grona dwie Sekcje: naukową w składzie prof. dra. T. Tempki, prof. dra. Emila Godlewskiego delegata

P. A. U., prof. dr. Januarego Zubrzyckiego wiceprezesa P. T. B. oraz dr. Przemysława Rudzkiego delegata ZUP do Rady, — jak również administracyjną w osobach: prof. dr. Franciszka Waltera delegata P. A. U., dr. K. Kadena wiceprezesa ZUP., doc. dr. Leona Tochowicza delegata P. T. B. i dr. Józefa Owsińskiego delegata do Rady z ramienia Miasta Krakowa.

W drugiej części obrad ustalono warunki konkursu, w wyniku którego obsadzone będzie stanowisko Dyrektora Instytutu, którego mianuje Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem W. R. i O. P. Konkurs będzie ogłoszony jeszcze przed ostatecznym wykończeniem gmachu Instytutu. Do czasu jednak obsadzenia stanowiska dyrektora — na sekretarza Rady Fundacyjnej powołano dr. Zbigniewa Godłowskiego sekretarza P. T. B. w Krakowie.

Po przedstawieniu przez prof. inż. Gałęzowskiego, rektora krakowskiej Akademii Sztuk Pięknych, obecnego stanu budowy gmachu instytutu — Rada Fundacyjna ustaliła plan budowy na najbliższą przyszłość z tym, że do kontynuowania prac nad wykończeniem budynku należy przystąpić natychmiast.

Z uwagi na to, że Instytut będzie pierwszą tego rodzaju placówką naukowo-doświadczalną w Polsce, powołaną dla potrzeb praktycznych zdrojownictwa naszego w dobie obecnej — powinien on stać się ostatnim wyrazem postępu i techniki, aby mógł służyć za wzór nie tylko w kraju, ale i zagranicą. Postanowiono też nawet kosztem zwiększonych wysiłków wyposażyć gmach w najnowsze pod każdym względem urządzenia, specjalny nacisk kładąc na urządzenia lecznicze. Budowę gmachu rozpoczęto na jesieni 1936 r., wyciągając mury pod dach. Dotychczasowe koszty robót wyniosły ok. 102.000 zł. na wykończenie zaś gmachu potrzeba jeszcze minimum 230.000 do 300.000 zł. według dotychczasowych cen orientacyjnych i kosztorysów, bowiem budynek znajduje się w stanie surowym i wymaga jeszcze szeregu robót murarskich, stolarskich oraz instalacyjnych.

Na zakończenie obrad Rada Fundacyjna postanowiła, iż funkcje organu prasowego Instytutu spełniać będzie dotychczasowe wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Balneologicznego — szeroko już znane w sferach naukowo-lekarskich nie tylko Polski lecz i zagranicy, ukazujące się p. t. „Acta Balneologica Polonica".

Do czasu ostatecznego wykończenia gmachu Instytutu — tymczasowa siedziba Rady Fundacyjnej będzie się mieściła przy klinice chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.

Bogactwo uzdrowiskowe nakłada obowiązki w dziedzinie inwestycyj.

Polska jest krajem niezmiernie bogato wyposażonym w naturalne wartości lecznicze. Nasze uzdrowiska posiadają tak rozległą skalę właściwości kuracyjnych, że niewiele krajów może pod tym względem z nami się porównać. Samo już nasze położenie geograficzne, obejmujące wyso-

kie góry, okolice podgórskie, wyżyny, niziny, pojezierza i wreszcie wybrzeże morskie, pozwala domyśleć się licznych skarbów ukrytych w tak różnorodnej ziemi.

Mało z przeciętnych ludzi, a nawet niewielu ze sfer lekarskich zdaje sobie sprawę, jak różnymi uzdrowiskami rozparządzamy. Mamy piękne górskie i podgórskie stacje klimatyczne, jak Zakopane, Worochta, Wisła, nizinne stacje leśne, jak Otwock, mamy Zaleszczyki, Kosów, Kuty, Okopy św. Trójcy miejscowości o południowym niemal klimacie i południowej roślinności. Mamy niedługi wprawdzie pas wybrzeża morskiego, ale zato gęsto usiany licznymi kąpieliskami o pieknych plażach i rozmaitym krajobrazie. A wreszcie posiadamy niezmiernie bogate zdrojownictwo.

A więc wyliczyć tu należy liczne *szczawy* — alkaliczno-ziemno-żelaziste w Piwnicznej i Krynicy, szczawy wapniowo-żelaziste w Krynicy, Muszynie, Żegiestowie, Nałęczowie, szczawy ziemne i alkaliczne w Krynicy, alkaliczno-słone w Szczawnicy i Krościenku, szczawy proste w Burkucie, Iwoniczu, Rymanowie i szczawę alkaliczno-wapniowo-magnezową — Naftusię. Następnie posiadamy *cieplicę* w Ciechocinku; solanki jodobromowe, żelaziste, ziemne, słono-gorzkie i glauberskie. Różne ich rodzaje występują w Rabce, Iwoniczu, Rymanowie, Jastrzębiu-Zdroju, Goczałkowicach, Truskawcu, Ciechocinku, Inowrocławiu, Druskienikach, Delatynie. Poza tym *wody alkaliczne*, za których przykład służyć może źródło Zubera w Krynicy. Wody alkaliczno-słone w Szczawnicy, Krościenku, Wysowej, także w Iwoniczu i Rymanowie. Wody alkaliczno-siarczane czyli glauberskie w Morszynie, Truskawcu, Krynicy. Wody siarczane w Lubieniu Wielkim, Solcu, Niemirowie, Horyńcu, Szkle, Busku, Krzeszowicach, Swoszowicach. Wody wapniowe (ziemne) w Krynicy i Muszynie. Wapniowo-żelaziste w Ciechocinku, Żegiestowie, Krynicy.

Ze względu na obszerność tematu nie jesteśmy w stanie wyjaśnić w jednym artykule jakie własności lecznicze posiadają wymienione wody i jakie są ich wskazania. Jednak każdy laik z powyższego krótkiego zestawienia zorientuje się, że nasze bogactwo zdrojowe jest naprawdę wielkie.

Wszystkie niemal choroby i dolegliwości dla których są wskazane kuracje uzdrowiskowe, mogą Polacy leczyć w kraju. Toteż uzdrowiska nasze w przyszłości powinny rozwijać się na drodze obranej przez poszczególne miejscowości ich *specjalizacji.*

Różnorodność ta ma jeszcze jedną znaczną zaletę. Otóż uzdrowiska polskie nie stają sobie nawzajem w drodze i nie ma wśród nich, jak gdzieindziej walki konkurencyjnej. Każda miejscowość rozwija się szybko w kierunku swojej specjalności, a trudności, jakie na tej drodze napotyka, są zupełnie innej natury.

A mianowicie uzdrowiska nasze są *niedoinwestowane.*

Szybki wzrost frekwencji, rozszerzająca się z roku na rok i z miesiąca na miesiąc popularność naszych miejscowości kuracyjnych nakłada

na nie obowiązek inwestowania w tempie błyskawicznym i z wielką dynamiką aby dotrzymać kroku napływowi kuracjuszy i podnoszącym się wraz z tym wymaganiom. Jest to oczywiście stan o wiele zdrowszy niż np. w uzdrowiskach niemieckich, których inwestycje wybiegły daleko ponad popyt ze strony kuracjuszy i teraz jako skutek nieuchronny występuje zjawisko zażartej walki konkurencyjnej o kuracjusza.

Jednak i u nas nie jest dobrze. Uzdrowiska nasze są obecnie w tym stadium rozwoju, że dzięki bogatym wartościom leczniczym i wzrastającemu zrozumieniu wśród społeczeństwa mają przed sobą jak najlepszą przyszłość, ale tylko pod warunkiem, że zdołają możliwie szybko podnieść swój poziom, żeby zadowolić najwybredniejszego kuracjusza. Wówczas nie tylko krajowa frekwencja się zwiększy, ale i cudzoziemcy zaczną do naszych uzdrowisk uczęszczać. W przeciwnym jednak razie i propaganda zagraniczna nie przyniesie rezultatów i kuracjusz polski zniechęci się i będzie wolał wyjeżdżać do komfortowych badów zagranicznych.

Uzdrowiska robią to co jest w ich mocy. Jednak wobec wysokich wymagań doby obecnej, nie są w stanie wypełnić wszystkiego własnymi siłami. Teraz powinno im pomóc Państwo udzielając dogodnych kredytów, tak jak im przyrzeczono w wydanej w r. 1922 ustawie uzdrowiskowej.

KOMUNIKAT.

Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna „GEO“ w Warszawie złożyła na Pożyczkę Obrony Przeciwlotniczej i Fundusz Obrony Narodowej ogółem kwotę

zł. 45.000

z czego na

Pożyczkę Obrony Przeciwlotniczej zł 29.000.— (wraz z pracownikami) oraz na Fundusz Obrony Narodowej zł 16.000.— (na zakup sprzętu sanitarnego).

TREŚĆ

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175.

Drukarnia „Antiqua“, St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.